

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

584

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CORNILLON LOUIS-VICTOR

Né à Vichy, 17 août 1914

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LE MÉDECIN PRATICIEN

DEVANT

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. R. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6°)

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

CORNILLON LOUIS-VICTOR

Né à Vichy, 17 août 1914

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LE MÉDECIN PRATICIEN

DEVANT

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. R. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE CENTRALE

(Ancienne Maison JOUSSET)

Henri BOUSSARD, Directeur

8, rue de Furstenberg (6^e)

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE . . . Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE . . . Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES . . Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MÉNÉGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirur-
 gicale.
 PIÉDELIÈVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET. . . .	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . .		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE. . . .	
DUVOIR. . . .		QUENU. . . .	
LIAN.		VELTER	
PASTEUR-VALLERY- RADOT. . . .			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER. . . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU DOCTEUR AUGUSTIN CORNILLON
MON PERE

Qui me montra la voie.

A MONSIEUR PIERRE CORNILLON
MON ONCLE

Qui embellit ma vie d'étudiant.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

NOTRE PREMIER MAÎTRE

En témoignage de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS :

M. LE PROFESSEUR CUNÉO.

M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN.

M. LE PROFESSEUR PROUST (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR LEREBoullet.

M. LE DOCTEUR DESPLAS.

M. LE PROFESSEUR CARNOT.

M. LE DOCTEUR FAROY.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL
INTERCOMMUNAL DE MONTFERMEIL :

M. LE DOCTEUR BUSSER.

M. LE DOCTEUR GOURNAY.

M. LE DOCTEUR ODINET.

AVANT-PROPOS

Il n'y a pas en pathologie humaine une autre affection qui ait tant préoccupé les médecins des dernières générations que la tuberculose pulmonaire; et ceci pour de multiples raisons : sa fréquence, sa gravité, la difficulté de son diagnostic, la durée de son traitement, les problèmes sérieux qu'elle pose. Aussi la lutte contre la tuberculose pulmonaire ne pouvait-elle en aucun cas être menée d'une façon efficace par le corps médical seul : le concours du pouvoir législatif qui dans notre pays exprime la volonté populaire, était indispensable.

Certes cette action commune de tous contre un si grave fléau social s'est manifestée par un armement puissant qui à l'heure actuelle comprend les moyens de prévenir, de dépister, de combattre la tuberculose pulmonaire. Cependant le mal n'est pas jugulé, il est encore responsable annuellement de la mort de 70.000 êtres humains environ dans notre pays. Ce chiffre pourrait baisser dans une notable proportion (puisque la mortalité est plus basse dans certains pays avoisinant la France), en attendant d'être réduit à néant, par un traitement spécifique encore à l'étude, et par une meilleure organisation de la lutte antituberculeuse sur le terrain de la pratique. En effet des problèmes d'une angoissante difficulté surgissent quotidiennement, à son sujet devant le médecin praticien, et devant le médecin de

campagne plus encore que celui des grandes agglomérations.

C'est à énumérer ces difficultés, c'est à suggérer les remèdes qui pourront les résoudre qu'est consacré ce travail.

Pour la clarté de l'exposition, nous suivrons le plan suivant :

1° D'abord nous décrirons succinctement l'armement antituberculeux français.

2° Ensuite nous envisagerons les problèmes de tous ordres que pose la tuberculose pulmonaire au médecin praticien.

3° Nous terminerons par les suggestions que nous formulons pour soulager les malades, pour aider le médecin à faire face à ses responsabilités professionnelles et humaines.

LE MÉDECIN PRATICIEN

DEVANT

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

CHAPITRE PREMIER

L'ÉTAT ACTUEL DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX FRANÇAIS

Il faut l'avouer avant d'aborder ce chapitre : l'armement antituberculeux, malgré les grandes lacunes qui subsistent encore, a fait depuis le début de ce siècle des progrès indéniables.

Il est de notre devoir de brosser un tableau d'ensemble de ces moyens de lutte, le médecin praticien devant les connaître dans leurs détails pour pouvoir les utiliser.

Ces moyens comprennent, d'une façon générale :

- les moyens de diagnostic;
- le traitement;
- les établissements de lutte;
- les organismes de lutte : sociaux, nationaux et internationaux.
- les mesures législatives;
- les études de phtisiologie.

Nous envisagerons successivement chacun d'eux.

1° Moyens de diagnostic.

Avant la découverte du bacille de Koch et des rayons de Roentgen, la clinique était le seul moyen de diagnostic. La phtisie constituait alors un cadre nosologique mal défini, ses limites avec d'autres affections étaient mal tracées : souvent seule l'évolution permettait de songer à un processus tuberculeux.

a) *Clinique.* — Les moyens cliniques de diagnostic n'ont pour ainsi dire pas changé depuis Laënnec.

Inspection, palpation, percussion, toutes ces investigations peuvent apprendre quelque chose au praticien ; mais c'est avant tout l'auscultation qui restera le moyen dont le non spécialiste devra se servir pour poser un diagnostic, pour suivre l'évolution de cette affection quand le diagnostic est déjà posé. Il faut en matière d'auscultation posséder plusieurs notions : le siège habituel des signes, leurs caractères, leur interprétation exacte. Mais il faut surtout connaître deux dogmes :

1° Les signes perçus peuvent grossomodo indiquer un processus pulmonaire, mais ne peuvent nullement traduire des altérations d'ordre histologique, comme voulaient le croire les cliniciens du temps de Grancher. (Ils faisaient de l'auscultation « un art divinatoire », selon l'expression de Rist). (1).

2° Les signes sont souvent absents, difficiles à localiser, ou ne correspondent pas à leur interprétation habituelle : ce sont les défaillances de l'auscul-

tation, fréquentes et graves, dont l'importance ne saurait être exagérée :

— une lésion du début passe inaperçue.

— une caverne reste muette (si la proportion de 60 % de caverne muettes donnée par Burnand (2) est excessive, il n'en reste pas moins vrai que leur fréquence est grande).

— toutes les lésions ne se livrent pas à l'auscultation : on entend un foyer de râles quelque part, mais on n'arrive pas à faire un bilan complet.

— ou bien, s'il existe des signes, il n'existe pas de parallélisme entre eux et le volume, la topographie et la nature anatomique des lésions.

Telles sont ces multiples défaillances. Elles s'expliquent assez aisément d'ailleurs. Pour qu'une lésion soit audible, il faut :

-- qu'elle soit suffisamment volumineuse, suffisamment superficielle, qu'elle ne siège pas dans une région profondément cachée par un important massif ostéomusculaire, qu'elle donne des sécrétions pathologiques.

— qu'il n'y ait pas de transmission controlatérale ou homolatérale des bruits (Giraud) (3).

Néanmoins la clinique doit être connue par le phtisiologue, autant que par le médecin praticien. Ce n'est pas un moyen inutile et périmé. Elle complète parfois l'étude radiologique. Burnand a bien montré qu'elle seule permet d'apprécier les qualités du murmure vésiculaire et partant la valeur fonctionnelle du poumon. Elle seule pourra déceler des lésions d'un type purement sécrétoire (bronchite)

Enfin le contraste entre les signes cliniques et les signes radiologiques aura de la valeur pour le diagnostic (formes fibreuses).

b) *Radiologie*. — La découverte de Röntgen a révolutionné les notions antérieures sur la tuberculose pulmonaire.

La radiologie a défini le cadre de la maladie; elle a permis le reclassement des diverses variétés anatomo-cliniques.

Que doit savoir le médecin praticien de l'examen radiologique ? Interpréter exactement une image, et savoir ajouter au diagnostic ainsi posé la sanction thérapeutique qu'elle exige.

c) *Moyens biologiques*. — Quelle que soit la valeur de la clinique et de la radiologie, l'examen des crachats a pour le diagnostic une supériorité incontestable, lorsqu'il est positif.

Il vous donne certes peu de renseignements sur la variété à laquelle on a affaire, et sur les indications thérapeutiques. Mais il a, pour compenser, une valeur pronostique, s'il est étayé, lorsqu'il est négatif :

— de l'homogénéisation.

— de la culture sur pomme de terre glycinée. En effet, Guinard (4) divise ses malades en trois groupes :

— les bacillaires habituels.

— les bacillaires intermittents.

— les bacillaires de signature, et il trouve que le nombre des années de survie est dans la majorité des cas, inversement proportionnel au nombre

d'examens positifs des crachats noté au cours d'analyses régulièrement et fréquemment répétées.

Chez l'enfant et même le jeune adolescent c'est avant tout aux réactions cutanées à la tuberculine qu'il faut s'adresser pour étayer le diagnostic, et l'on sait la valeur des cuti-réactions pratiquées systématiquement tous les six mois comme moyen de dépistage de la primo-infection.

Quant aux autres moyens : réaction de déviation du complément de Besredka (5), de séro-floculation de Vernes (6), elles sont encore à l'étude, et nous ne pourrions probablement nous en servir que pour poser un diagnostic d'évolution.

Nous rappellerons aussi à ce sujet la vitesse de sédimentation des globules rouges.

Par conséquent des trois sortes de moyens indispensables pour diagnostiquer et suivre la tuberculose pulmonaire, le médecin praticien ne possède guère que les moyens cliniques. Il est, il faut le dire, en retard sur le progrès de l'armement anti-tuberculeux.

Qu'une remarque nous soit permise à la fin de ce sous-chapitre sur le diagnostic : il est inconcevable, à l'heure actuelle, que l'écran fluorescent et le microscope soient considérés par nombre de médecins comme un luxe dont on peut se passer. Cette dépense devrait cependant avoir la priorité sur beaucoup d'autres. Le médecin saura en profiter non seulement pour le diagnostic de la tuberculose, mais pour toutes les affections du thorax, du tube digestif, et pour les maladies infectieuses (examen d'une lame de L. C. R., d'un ensemencement de gorge).

2° Le Traitement.

Le même progrès considérable est à noter pour les moyens thérapeutiques.

Après une phase pendant laquelle on s'attaquait au symptôme, la découverte du bacille inaugure une ère où les recherches se multiplient, pour trouver un traitement spécifique. Les recherches restent infructueuses, et les années s'écoulent sans que le sort des malades soit amélioré par la découverte capitale du germe causal, et ceci jusqu'à la découverte de Forlanini.

Nous n'entrerons pas dans les détails de ce vaste arsenal que constitue l'armement thérapeutique. Nous énumérerons les multiples traitements, en montrant leur valeur respective. Nous envisagerons successivement :

- la médication symptomatique.
- la chimiothérapie.
- la biothérapie.
- la cure hygiéno-diététique.
- la collapsothérapie.

a) *La médication symptomatique* (7) est riche et variée, adoptée par tous. Nous rappellerons qu'il existe des thérapeutiques relevant l'état général (As, P, préparations calciques, huile de foie de morue, hépatothérapie, toni-cardiaques, insuline). D'autres médications visent isolément tel ou tel signe de la tuberculose pulmonaire, fièvres, sueurs (par l'atropine), expectoration (par la créosote et ses dérivés), la toux, la douleur, les hémoptysies.

b) *La chimiothérapie.* — Nombre de produits ont été essayés contre l'infection tuberculeuse. Les seuls qui doivent être retenus sont les sels d'or, en raison de leur extension dans ces dernières années. On a cru voir dans ce traitement une thérapeutique spécifique, mais on est malheureusement obligé d'avouer que l'accord n'est pas fait, après plusieurs années de pratique, sur les indications, la posologie, les résultats. Aussi ce traitement reste-t-il au second plan et ne peut nullement être comparé à la collapsothérapie.

Si nous insistons là-dessus, c'est qu'on ne compte plus à l'heure actuelle les praticiens qui, n'ayant pas la possibilité d'appliquer la collapsothérapie, se contentent de ce pis-aller qu'est la chrysothérapie.

C'est, disons-le encore une fois, une thérapeutique adjuvante, dont les indications sont restreintes, et qui est dangereuse sur un terrain d'insuffisance hépato-rénale, chez un malade atteint de troubles digestifs, de laryngite.

c) *La biothérapie.* — Que dire alors de la tuberculine (8) qui, ayant fait l'objet de multiples travaux, n'a pas pu gagner la place que certains voulaient prématurément lui prédire dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire ?

Que fait la tuberculine ? Pour Bezançon : par l'absorption de petites doses progressives, le malade, s'il n'est pas immunisé, acquiert un certain degré de résistance, et la fréquence des accidents fébriles d'ordre congestif est peut-être diminuée.

Quant à manier des doses massives, le seuil de nocivité étant difficile à préciser, le médecin praticien aura rarement l'occasion de le faire.

d) *La cure hygiéno-diététique* est toujours la base essentielle du traitement de la tuberculose pulmonaire. Malheureusement cependant, le médecin praticien la connaît mal, ou insuffisamment. Giraud (9) dit à ce propos : « Il ne suffit pas d'écrire sur une feuille d'ordonnance les trois mots magiques : Repos, aération, alimentation, suivis de quelques vagues conseils. Si l'on veut que le tuberculeux s'astreigne à une cure sérieuse, il faut lui imposer un programme précis, écrit, et ne pas craindre d'entrer dans les détails ». Il suffit de lire attentivement les admirables pages qu'a écrites Giraud sur le repos au lit, à la chaise-longue, sur les promenades, sur l'aération, sur l'alimentation, sur l'influence des climats sur la tuberculose, pour bien connaître et savoir utiliser ce mode de traitement essentiel.

e) *La Collapsothérapie* est la méthode qui triomphe à l'heure actuelle dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Toutes les méthodes collapsothérapeutiques relèvent de la compétence du phtisiologue, mais nous voulons souligner leur intérêt, pour bien montrer au médecin praticien qu'il ne doit nullement essayer de les remplacer, sous prétexte de ne pas avoir la possibilité de les appliquer.

Le pneumothorax artificiel possède une efficacité démontrée aujourd'hui par toutes les statisti-

ques. Boquet, s'appuyant sur des documents du service de Léon Bernard donne 27 % de guérisons cliniques confirmées par le temps, après cessation du pneumothorax, 34 % si le pneumothorax est encore entretenu. Les chiffres moyens relatifs aux résultats favorables oscillent autour de 50 %. Selon Rist et Naveau (10) : 48,5 % ; selon Rist et Hirschberg : 45,5 % dont 6,5 % de guérisons. Ronzoni (11) additionnant toutes les statistiques trouve 25,3 % de guérisons cliniques.

Le médecin praticien doit connaître les indications (12) du pneumothorax, surtout leurs principes : pneumothorax d'urgence en cas d'hémoptysie grave, pneumothorax dans les lésions fibro-caséuses banales, avec ou sans formations cavitaires. Il doit aussi connaître quelles sont les indications et les contre-indications des autres méthodes collapsothérapeutiques : pleuroscopie et section de brides, oléothorax, phrénicectomie, thoracoplastie, apicolyse.

Ces notions lui sont indispensables pour sa culture générale, pour répondre à son malade lorsque celui-ci vient le consulter sur le traitement qu'on lui a proposé. Les détails concernant ces traitements (technique, accidents) n'intéressent que le spécialiste seul.

3° Les établissements qui luttent contre la Tuberculose pulmonaire.

Il est indispensable toutes les fois que le diagnostic et les indications thérapeutiques ont été posés,

de classer les malades pour les diriger avec discernement vers l'un ou l'autre des divers établissements antituberculeux.

Nous adopterons la nomenclature préconisée par une commission composée de six médecins, membres du Conseil de Surveillance de l'Office d'Hygiène du département de la Seine, sur les bases apportées par Küss (13) (1921). Nous y ajouterons l'orientation respective à donner à chaque catégorie, comme Fournier (14) l'a indiqué dans sa thèse :

Catégorie 1 : *Phthisie pulmonaire.*

- relève de l'hôpital, l'hospitalisation étant surtout conseillée si le malade est en contact avec des enfants.

Catégorie 2 : *Tuberculose pulmonaire ouverte.*

- avec fièvre à 39° : relève de l'hôpital.
- après séjour au lit et baisse de la température, relève du sanatorium ou de l'hospice.

Catégorie 3 : *Tuberculose pulmonaire fermée, avérée, active.*

- relève de la cure sanatoriale.

Catégorie 4 : *Tuberculose pulmonaire fermée, avérée, inactive.*

- restera sous la surveillance du dispensaire.

Catégorie 5 : *Adénopathie bronchique tuberculeuse active.*

- sera proposé pour un préventorium.

Catégorie 6 : *Adénopathie bronchique, tuberculeuse inactive.*

— sera surveillée par le dispensaire.

Catégorie 7 : *Autres tuberculoses sans tuberculose pulmonaire.*

— si tuberculose pleurale : cure sanatoriale.

— si tuberculose osseuse : sanatorium pour maladies des os et des articulations.

Catégorie 8 : *En contact par cohabitation.*

— surtout lorsqu'il s'agit d'enfants encore bien portants, il faut faire cesser le contact, les mettre en placement familial.

Catégorie 9 : *En surveillance, comportant 4 sous-catégories.*

— doivent rester sous la surveillance du dispensaire.

L'orientation des malades ainsi classés devient un peu standardisée. Le praticien sera parfois obligé d'y permettre certaines dérogations. Sans entrer dans les détails sur l'organisation des différents établissements, nous allons les citer en indiquant leur but. Nous terminerons par un tableau synoptique illustrant l'état actuel de l'armement antituberculeux français (15).

a) *Le dispensaire* est le pivot de la lutte. Il est chargé de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, d'assurer et de faciliter aux malades l'ad-

mission dans les hôpitaux et les sanatoriums. A ces attributions primitives s'en surajoutent de nouvelles : la surveillance des malades après leur amélioration, et même le traitement (insufflations - sels d'or) qui peu à peu prend droit de cité dans les dispensaires.

b) *L'Œuvre de la préservation de l'enfance* comporte 3 étapes :

- la vaccination des nouveaux-nés au B. C. G.
- le Placement familial des tout-petits et l'œuvre Grancher avec son annexe : le centre d'Orthez.

Elles s'adressent aux enfants encore sains, ayant moins de 12 ans, et préalablement vaccinés par le B. C. G. autant que possible. Ils sont soustraits au contact de leurs parents tuberculeux et placés par les soins de l'Œuvre dans des familles de paysans saines.

— le placement collectif au préventorium, s'adresse aux enfants sains exposés à la contagion, ou aux enfants atteints de formes initiales, latentes, et curables de tuberculose extra pulmonaire.

c) *Les Sanatoriums* de cure sont des établissements situés hors des villes, dans des conditions climatiques favorables, soit en plaine, soit en montagne, où est pratiqué le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose pulmonaire avec surveillance et soins médicaux continus, et où ne sont reçus que des malades curables ou nettement améliorables. Les modalités de l'admission des malades dans les sanatoriums publics doivent être connues par le médecin praticien. En voici les données principales,

d'après la loi du 7 septembre 1919, complétée par le décret du 24 juillet 1924 :

L'Etat participe aux dépenses d'entretien des malades appartenant aux catégories suivantes :

1° Bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite ;

2° Affiliés depuis 3 ans au moins à une société de Secours Mutuels réassurant ses adhérents en cas de maladies de longue durée ;

3° Dépendant d'associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du sanatorium public ;

4° Autres malades dont l'admission aura été sollicitée par un dispensaire, sous réserve du recours éventuel que l'Etat pourra ultérieurement exercer contre ces malades.

Enfin actuellement les assurés sociaux peuvent bénéficier eux aussi de ces dispositions.

L'admission est prononcée :

1° Par le Préfet du département où le malade a son domicile de secours, pour les malades de la 1^{re} catégorie ;

2° Par le Préfet du département, siège du sanatorium, pour les malades des autres catégories.

Les demandes sont adressées à la Préfecture compétente, accompagnées d'un certificat médical.

Si le malade est assuré-social, les demandes sont adressées à la Caisse dont il dépend.

Les malades sont convoqués en vue de subir un contre-examen.

d) *Les Services hospitaliers de tuberculeux* peuvent être divisés en deux catégories :

— ceux qui sont annexés à un service de médecine générale et où sont hospitalisés des tubercu-

leux avérés, ou des tuberculeux ne nécessitant pas l'appui du phtisiologue(Cat. 1).

— ceux qui sont indépendants, où sont hospitalisés les malades atteints de tuberculose active fébrile, nécessitant un traitement collapsique. Ces services sont dirigés par un phtisiologue.

On trouvera ci-contre un tableau résumant l'état actuel en France de ces établissements :

ÉTAT

DE L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX FRANÇAIS

MAI 1938

	NOMBRE	
Dispensaires antituberculeux .	885	1.400 infirmières- visiteuses
Ecoles d'Infirmières-Visiteuses spécialisées	26	
Œuvre du Placement Familial des Tout-Petits	8 Centres	
Œuvre Grancher	45 Filiales	
Sanatoriums :		Nombre de lits :
a) Sanatoriums pour tuber- culose pulmonaire (1) . .	161	25.016
b) Services et hôpitaux spé- cialisés pour tuberculeux environ	220	12.475
c) Sanatoriums pour tuber- culoses chirurgicales . .	41	12.510
Préventoriums, écoles de ré- éducation, centres de place- ment collectif : environ .	220	24.500
(1) Dans ces chiffres ne sont pas compris les établissements privés.		

4° Organismes luttant contre la Tuberculose pulmonaire.

a) *Le Comité National de Défense contre la tuberculose* (16). — Son but n'est pas de créer, ni de diriger les divers organismes de lutte antituberculeuse, mais de favoriser sur toute l'étendue du territoire leur création et leur fonctionnement en coordonnant les efforts locaux et en accordant des subventions suivant ses disponibilités.

b) *Les organisations départementales*. — Elles comportent :

— l'Office départemental d'Hygiène sociale : il crée des dispensaires, il subventionne, les œuvres de préservation de l'enfance, les établissements de cure.

— le Comité d'Hygiène sociale. Il a les mêmes attributions, mais il n'est pas sous la dépendance directe de l'administration préfectorale.

c) *Les Congrès nationaux et internationaux*. — Ils se réunissent pour débattre des questions concernant la tuberculose pulmonaire, et organiser une meilleure coordination des recherches et de la lutte elle-même.

5° La législation antituberculeuse.

Elle doit être connue du médecin praticien, non pas tant dans les détails concernant l'organisation des établissements, mais surtout dans leurs règlements généraux, les modalités de l'admission, la façon dont se fait l'assistance selon la catégorie sociale à laquelle appartient le malade (indigents, salariés, assurés sociaux, etc.).

Nous renvoyons le lecteur pour plus amples détails à la thèse de Fournier (14), mais nous ferons

un bref exposé de toute la législation antituberculeuse.

a) *Pour l'organisation des dispensaires d'hygiène sociale.* — La loi du 15 avril 1916 et sa corollaire la circulaire ministérielle du 31 juillet 1927.

— la circulaire du 8 décembre 1921.

— le décret du 27 juin 1922.

— la circulaire du 15 février 1926, concernant le personnel des dispensaires.

b) *Pour l'organisation des Préventoriûms :* la circulaire du 17 avril 1937.

c) *Pour l'organisation des Sanatoriums et des Services hospitaliers pour Tuberculeux :*

— la loi du 7 septembre 1919 dite « Loi Honnorat ».

Ces décrets et circulaires successifs qui ont modifié l'organisation de ces établissements pour les perfectionner.

d) *Mesures générales d'Hygiène et de préservation sociale contre la Tuberculose :* La déclaration de la tuberculose n'étant pas obligatoire, la désinfection est facultative.

La vaccination par le B. C. G. (17) est recommandée par l'Etat.

f) *Lois jouant en faveur du tuberculeux suivant son état et sa catégorie sociale.* Ce sont :

— la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

— la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, qui peut jouer en faveur des tuberculeux incurables..

— la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, et la loi du 25 octobre 1919 qui a assimilé à ces accidents des maladies professionnelles, notamment « les affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de certaines poussières ».

— la loi du 5 avril 1928 sur les assurances sociales.

— les lois du 1^{er} avril 1898 et des 15 août 1923 régissant les sociétés de secours mutuel.

— les textes relatifs aux pensionnés tuberculeux.

g) Restent enfin les lois qui réglementent la lutte antituberculeuse en Alsace-Lorraine, et dans l'empire colonial français.

6° L'enseignement spécial de Phtisiologie.

Il comporte :

a) un enseignement s'adressant aux étudiants en médecine, et médecins diplômés.

C'est à la Commission Rockefeller qu'est dûe l'organisation en France des cours de perfectionnement sur la tuberculose ; le Comité national met à la disposition des candidats un certain nombre de bourses.

En dehors de ces cours, il existe à l'heure actuelle dans quelques facultés de France une chaire de clinique de la tuberculose pulmonaire.

b) un enseignement s'adressant aux infirmières visiteuses (18), enseignement théorique à l'école, pratique dans les services hospitaliers où les candidates apprennent à constituer des dossiers, suivent les consultations, et saisissent toute l'importance des problèmes à la solution desquels elles auront, plus tard, à contribuer.

CHAPITRE II

LES PROBLÈMES QUE POSE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU MÉDECIN PRATICIEN

Nous avons maintes fois eu l'occasion d'entendre les doléances de confrères déjà installés, en particulier dans de petites agglomérations, sur les difficultés auxquelles ils se heurtent dans l'exercice de leurs soins aux tuberculeux. Nous-mêmes en période de remplacement, lorsque nous assumions la charge et la responsabilité d'une clientèle, avons senti les lacunes en matière de diagnostic et de thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Une difficulté vécue a fait naître dans notre esprit, par association d'idées, d'autres difficultés auxquelles nous pourrions nous heurter, le jour où nous serons installés.

Nous allons donc essayer d'envisager tous ces problèmes.

1° Problème d'ordre diagnostique.

a) *Insuffisance de connaissances du médecin en matière de tuberculose pulmonaire.* — A la sortie de la Faculté, ceux qui n'ont pas fait un stage facultatif de phtisiologie, et c'est le plus grand nombre d'ailleurs, n'ont qu'une notion vague de ce qu'est cliniquement la tuberculose, et une idée très livres-

que, si leur savoir se borne à ce qu'ils ont lu dans les précis.

Par ailleurs, dans les services de médecine générale, où l'étudiant acquiert son bagage clinique, il n'a l'occasion de rencontrer que des tuberculeux avérés, chez qui le diagnostic est aisé, et les indications thérapeutiques nulles.

b) *Difficulté de diagnostiquer la tuberculose au début.* — Avec ces faibles connaissances en phtisiologie, le médecin se trouvera bientôt en présence d'un malade qui tousse, se plaint d'un point de côté, ou maigrit. Il l'examine, les signes très frustes peuvent lui échapper. Parfois il les perçoit, mais il est incapable de les interpréter. Très souvent d'ailleurs un tel examen se termine par le diagnostic d'attente d'affection pulmonaire au début. Combien de fois dit-on au malade qu'il a une « congestion pulmonaire », et combien de fois une tuberculose évoluée-t-elle a bas bruit en pareille circonstance !

c) *Le manque d'explorations radiologique et bactériologique.* — Quelquefois en effet après une thérapeutique symptomatique ce qui a été catalogué à la légère bronchite, ou pleurite, ou congestion pulmonaire ne guérit pas, et les craintes du médecin sont éveillées. Les signes cliniques ont pu à ce moment se préciser, se localiser en un foyer, mais dès lors la preuve cruciale de processus de tuberculose pulmonaire en évolution fait défaut. Cette preuve cruciale ne peut être fournie, on le sait, que par l'examen directe de la lame de crachats, par l'examen du malade sous écran fluorescent.

D'autres fois le malade dit avoir craché du sang. L'examen thoracique ne trahit aucun processus pathologique. Le dogme est cependant catégorique : il faut multiplier toutes les investigations, et ne pas cataloguer dans les non-tuberculeux un cracheur de sang parce que la clinique est restée silencieuse, l'hémoptysie étant avant tout d'origine tuberculeuse. Multiplier les investigations — et de quelle manière ? Ces investigations sont : d'abord l'examen des voies respiratoires supérieures par le laryngologiste, pour éliminer une hémorragie venant du cavum, du pharynx, du larynx. C'est ensuite l'examen à l'écran, et la prise d'un cliché. C'est enfin l'examen direct de la lame, et s'il n'est négatif l'homogénéisation des crachats. Le médecin ne peut donc pas remplir lui-même son devoir envers le malade.

d) *Le concours obligatoire du dispensaire.* — Le malade suspect de tuberculose est alors dirigé vers le dispensaire.

Plusieurs éventualités peuvent se produire :

Le dispensaire est loin : y aller demande un arrêt de travail, des frais de déplacement, de la fatigue ; si les manifestations fonctionnelles ne troublent pas par trop le malade, il ne peut concevoir l'existence du processus latent, et il ne va pas au dispensaire. La tuberculose peut alors évoluer à bas bruit, lentement, faisant des ravages.

Le malade accepte la demande d'examens complémentaires. Il est examiné au dispensaire : la réponse est négative : « Trame broncho-vasculaire,

ou périhilaire plus dense qu'à l'état normal », « pas de B. K. à l'examen direct ». La suspicion plane cependant. On demande après une cure de repos et de suralimentation à renouveler les examens. Mais après cette cure, si le malade se trouve amélioré tant soit peu, il ne comprendra pas la nécessité de se dé-ranger encore une fois.

Enfin le malade peut revenir avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire confirmé radiologiquement et bactériologiquement. L'indication thérapeutique est formulée le plus souvent par le médecin du dispensaire.

Dès lors si avec le concours du dispensaire, les difficultés du diagnostic sont surmontées, une série de difficultés d'ordre thérapeutique va surgir devant le médecin.

2° Problèmes d'ordre thérapeutique.

Le diagnostic de tuberculose débutante unilatérale ou à prédominance unilatérale entraîne avec soi l'indication thérapeutique : la collapsothérapie, et en particulier le pneumothorax artificiel.

Nous avons vu les résultats remarquables que cette thérapeutique a apportés en matière de tuberculose pulmonaire. Un traitement qui est favorable (guérison ou amélioration) dans environ 50 % des cas, dans une maladie d'où le facteur de curabilité spontanée peut être banni, un tel traitement est digne de respect.

Une telle arme thérapeutique, le médecin praticien ne la possède pas. S'il est tout naturel que les

premières insufflations et l'entretien au début soient pratiqués sous la vigilance d'un phtisiologue (à l'hôpital ou en sanatorium), il serait désirable que le pneumothorax soit entretenu par le médecin praticien lorsque le malade a quitté les établissements hospitaliers. Mais les médecins ne possèdent pas d'appareil à pneumothorax. Dès lors se pose l'alternative : ou abandonner la collapsothérapie, ou abandonner le malade aux soins du dispensaire. Abandonner le pneumothorax est souvent un désastre (19). Demander au malade de faire continuer ses insufflations au dispensaire, n'est pas toujours accueilli avec joie par celui-ci. Fatigué de se soigner, se trouvant bien, il ne peut concevoir la nécessité de se déplacer pour le maintien de la collapsothérapie. Il supplie le médecin de remplacer ce traitement par un autre. Combien de fois alors voit-on une chrysothérapie s'instituer là où elle était inutile; et ceci parce que le médecin ne possède pas à sa portée un appareil à insufflations !

Quelquefois des accidents surviennent sur un pneumothorax artificiel, ou la tuberculose pulmonaire sous-jacente reste rebelle au collapsus. L'indication d'autres moyens collapsothérapiques peut être envisagée (phrénicectomie, thoracoplastie, section de brides). Comment prendre partie sans un cliché? et pourtant on ne peut envoyer le malade chez le chirurgien ou le phtisiologue sans indiquer l'intervention que l'on juge nécessaire. Si de plus le malade refuse de se déplacer jusqu'au centre chirurgical le plus rapproché, le médecin retombe encore une fois dans l'exercice de la chrysothérapie, qu'il

dit être « une thérapeutique d'attente » pour se justifier, ou se consoler de son impuissance. On se demande bien qu'est-ce que des sels d'or pourraient faire sur une adhérence pleurale, une grosse coque non élastique péricavitaire, sur un foyer de la base.

Le médecin praticien ne peut donc rien contre la tuberculose pulmonaire. Il est gêné pour la diagnostiquer, il est impuissant à la traiter, il se heurte enfin à des difficultés d'ordre social.

3° Problèmes d'ordre social.

Les problèmes sociaux que pose la tuberculose pulmonaire sont les plus difficiles à résoudre.

Si en effet les difficultés diagnostiques et thérapeutiques trouvent dans une grande mesure leur solution dans le concours que peut fournir le dispensaire du médecin, les difficultés d'ordre social sont insolubles avec la législation actuellement en vigueur.

a) On dépiste parfois un tuberculeux dans une maison insalubre, étroite, où souvent enfants et parents partagent la même chambre à coucher, où sans conteste toute prophylaxie est illusoire. Il faut pouvoir diriger ces enfants ayant été en contact avec un tuberculeux vers un placement familial, et souvent la rapidité de la contagion profite des lenteurs de l'administration pour placer ces enfants.

b) Un enfant est né de mère tuberculeuse. L'isoler et le vacciner au B. C. G. semble être la formule qui s'impose. Or l'isolement que le médecin doit conseiller est souvent impossible, de façon immédiate.

c) Un tuberculeux sort de l'hôpital, son état général s'étant amélioré, il doit aller au sanatorium, et souvent il refuse la cure sanatoriale, ceci pour de multiples raisons :

— pendant la cure il ne travaille pas, et les allocations des assurances sociales ne suffisent pas à nourrir sa famille.

— s'il n'est pas assuré social, mais petit commerçant, petit artisan, il ne peut quitter son travail ; se sentant mieux après son hospitalisation, il reprend ses occupations ; et le plus souvent le manque de repos et de cure aggrave la tuberculose pulmonaire.

— s'il est célibataire, il ne peut pendant son séjour au sanatorium répondre à divers frais, et avant tout au règlement de son loyer, aussi risque-t-il souvent de perdre son logis.

d) Si par contre le malade a accepté la cure sanatoriale, et qu'il revient nettement amélioré, d'autres difficultés vont surgir :

— rien n'assure sa convalescence.

— il ne possède pas dans son logis souvent insalubre les conditions nécessaires pour se remettre complètement.

— parfois il est apte au travail, mais il ne trouve pas à se faire embaucher. Les allocations de chômage sans compter les difficultés de les toucher, ne peuvent pas permettre au malade de se suralimenter, de se reposer.

— enfin le convalescent peut trouver du travail, mais c'est un ancien tuberculeux, il ne peut donc être assimilé à ses compagnons de travail ; les quinze

jours de congé annuel sont un minimum insuffisant pour le convalescent qui doit encore des années durant se reposer deux mois par an. Le tuberculeux reste un infirme partiel.

Tous ces problèmes surgissent devant le médecin. Il doit souvent être le conseiller du malade, et l'on comprend sa gêne de ne pouvoir souvent résoudre ces problèmes.

4° Problèmes d'ordre professionnel.

La clientèle a des critères à elle pour juger les actes d'un médecin. Conseiller la collapsothérapie, et ne pas pouvoir l'appliquer; refuser de faire un autre traitement; vouloir la consécration radiologique et bactériologique du diagnostic, sont toutes des choses que le malade comprend mal, et ce dernier verra souvent dans ces manières d'agir les signes d'une infériorité de son médecin. On comprend dès lors combien la tuberculose pulmonaire peut par les difficultés de son diagnostic et de son traitement porter préjudice à la renommée du médecin.

D'autre part un malade aisé, dirigé vers le dispensaire, c'est un client perdu pour le médecin.

Enfin, mis en face de mauvaises conditions sociales, le médecin ne pourra toujours obtenir la stricte observance de la cure hygiéno-diététique. Souvent au risque d'être mal jugé, il est obligé de chercher une formule qui concilie la nécessité d'air et de repos d'une part, et les servitudes sociales et familiales d'autre part.

CHAPITRE III

SUGGESTIONS EN VUE DU PERFECTIONNEMENT DE LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Après avoir fait une description de tout l'armement antituberculeux dont nous disposons à l'heure actuelle, et avoir montré les difficultés que présente la lutte contre la tuberculose, nous allons aborder les suggestions personnelles que nous émettons en vue du perfectionnement de cette lutte. Ainsi sera, nous semble-t-il, facilitée la lourde tâche qui incombe au médecin praticien.

1° Le point de vue diagnostique.

Nous avons vu les difficultés que crée le diagnostic de la tuberculose dans la pratique courante. Il faut ajouter à celles qui résultent de la latence de la tuberculose pulmonaire au début, celles qui résultent de l'insuffisance de l'enseignement concernant cette affection.

a) A qui la faute ? A l'organisation précaire des études médicales sur ce sujet.

Une chaire et une clinique de phthisiologie quelles que soient leur renommée et la bonne volonté de

nos maîtres, n'auront pas d'effet sensible tant que les services hospitaliers de tuberculeux ne seront que d'un accès facultatif, et non pas obligatoire pour les étudiants. Certes les élèves des hôpitaux ont toute la possibilité s'ils le désirent de se familiariser avec le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire, mais il n'en est pas ainsi de la multitude d'étudiants, futurs médecins, qui ne portent aucun titre dans les hôpitaux.

Pourquoi un stage de phtisiologie ne serait-il pas obligatoire, comme ceux de dermatologie, de maladies infectieuses, d'obstétrique ? Il faut obliger tous les postulants au doctorat en médecine à faire un stage de deux mois environ dans un service hospitalier ou une clinique de tuberculose, ceci non pas tant pour qu'ils apprennent à manipuler ces appareils de collapsothérapie, mais avant tout pour qu'ils se familiarisent avec le diagnostic de la tuberculose, l'interprétation des clichés, la discussion d'une indication thérapeutique judicieuse. Un examen clinique doit marquer le terme de ce stage.

Cette insuffisance de connaissance en phtisiologie est de conséquence grave : elle peut entraîner un retard dans la mise en œuvre d'un traitement qui comblera au mieux les intérêts du malade.

b) Pour ce qui touche au spécialiste, nous voudrions émettre une opinion qui semblera peut-être révolutionnaire puisque la mesure que nous proposons, n'est même pas appliquée aux autres spécialités. Que ce que nous proposons pour la phtisiologie, soit fait pour les autres spécialistes, nous ne

pourrions que nous en féliciter. Personne ne devrait avoir le droit de s'orner du titre de spécialiste, sans la sanction de la Faculté de même qu'aucun ne peut prendre sans elle le titre de docteur.

On doit obliger le médecin qui veut être spécialiste en phtisiologie, à être porteur d'un certificat délivré par un phtisiologue chef de service hospitalier, d'aptitude dans la spécialité. Nous envisageons même que ce certificat soit contre-signé par le Professeur de clinique phtisiologique après épreuve clinique subie par le postulant. Pourquoi même ne pas créer un Diplôme de phtisiologie, comme il y en a un d'hygiène, ou de médecine coloniale ?

De la sorte le médecin praticien pourra en toute quiétude confier un de ses malades tuberculeux à un phtisiologue attitré en vue d'investigations plus complètes ou en vue du traitement.

c) On devrait par ailleurs faciliter les recherches de certains phtisiologues. La création d'un Institut de la Tuberculose, comme il en existe pour le cancer, nous semble toute indiqué. Il y a encore beaucoup à faire dans le domaine thérapeutique de la tuberculose. Il ne faut pas se décourager dans la voie de la recherche d'une thérapeutique spécifique.

Les difficultés qui surgissent du fait de l'absence d'examen radiologique, seront envisagées plus loin.

2° Le point de vue thérapeutique.

Le médecin praticien étant donc considéré comme suffisamment armé par son savoir sur la tubercu-

lose, il lui reste à demander en toute tranquillité la consultation d'un phtisiologue pour la discussion de l'indication thérapeutique.

Mais nous avons vu que d'autres difficultés subsistent. En particulier lorsque le malade revient du sanatorium, il faut encore l'insuffler, suivre l'évolution par la comparaison des clichés, et éventuellement décider de l'opportunité d'une autre thérapeutique.

Le médecin n'a chez lui ni appareil radiologique, ni laboratoire, ni appareil à insufflation. Si le dispensaire n'est pas à trop grande distance, le malade peut encore s'y diriger, c'est un pis-aller.

En cas contraire le problème reste à résoudre. Aussi devant la difficulté matérielle que représente la création de nouveaux dispensaires, pourquoi ne mettrait-on pas en jeu une nouvelle formule : celle de dispensaires ambulants ?

L'équipe ambulante pourrait dépendre du dispensaire le plus rapproché. Ce serait une équipe spécialisée, qui visiterait en un jour fixe de la semaine plusieurs médecins de la contrée. Le médecin convoquera pour ce jour-là ses malades tuberculeux. Une telle équipe devrait être constituée :

— d'un médecin spécialisé, à la rigueur même d'un étudiant en médecine spécialisé faisant fonction d'interne.

— d'une infirmière visiteuse.

Les malades sont ainsi examinés en présence de leur médecin, les insufflations sont faites sur place, les crachats sont recueillis pour examen.

Si les pouvoirs publics retardent la formation de tels dispensaires, plusieurs médecins d'une région donnée peuvent coopérer pour leur création, en prenant à leur charge les dépenses entraînées par l'achat des instruments, les salaires de l'interne et de l'infirmière visiteuse.

Ainsi : le médecin peut continuer à suivre son malade, il ne le perd ni moralement, ni matériellement. Le malade règle son médecin et considère l'équipe volante comme étant constituée de collaborateurs de son médecin. Le dispensaire se charge du diagnostic et du traitement ; le malade ne se dérangera plus qu'une ou deux fois par mois pour la prise d'un cliché ou pour un examen sous écran.

3° Le point de vue social.

Nous avons vu les difficultés qui surgissent devant tout médecin praticien de par l'insuffisance de la législation antituberculeuse.

Nous suggérerons donc quelques modifications, quelques innovations à y introduire. Le malade en profitera et le médecin verra sa lourde tâche facilitée.

a) Il est indispensable de rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose. Rien de plus facile, puisque la liste des maladies auxquelles sont applicables les dispositions de la loi du 15 février 1902 est dressée par décret du Président de la République, rendu sur le rapport adressé au Ministre de l'Intérieur par l'Académie de Médecine et le Co-

mité consultatif d'Hygiène publique de France. Cette liste « pourra être révisée dans la même forme », dit l'article 4 de la loi. Puisque l'Académie et le Comité ont depuis longtemps donné leur avis favorable à l'inscription de la tuberculose sur la liste des maladies à déclaration obligatoire, il ne manque que le décret. La chose est encore plus facile puisque déjà, dans les trois départements d'Alsace-Lorraine, la tuberculose est à déclaration obligatoire. Ce qui est possible dans quelques départements est sans conteste possible dans le reste du territoire, voire même dans les colonies.

Obliger à déclarer la tuberculose, c'est obliger les malades à se soigner, c'est faciliter la prophylaxie de la maladie.

b) Nous arrivons ainsi à exprimer le désir d'une loi d'ensemble visant la prophylaxie de la tuberculose.

Cette loi établirait les droits et les devoirs du malade comme du médecin.

Cette loi serait renforcée de l'institution de la vaccination obligatoire des enfants par le B. C. G.

Il faut cependant auparavant que tous les phthisiologues de marque se soient mis d'accord sur son efficacité et sur son innocuité.

Toujours en vue de la prophylaxie, une circulaire ministérielle, voire un arrêté, seraient indispensables pour demander aux responsables des communes une révision des mesures de prophylaxie d'une maladie devenue à déclaration obligatoire.

c) Il n'y a encore aucun texte de loi sur les placements familiaux des enfants, écoles de plein air, colonies de vacances. Que le pays soit doté de dispensaires, sanatoriums, hôpitaux, nous ne pouvons que nous en féliciter, mais nous connaissons les difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'on veut empêcher le mal de s'étendre, en particulier chez les enfants appartenant à deux catégories : ceux qui sont en contact, ceux qui ont été en contact, toutes les deux constituées d'enfants sains en apparence.

Les préventoriums prennent de l'extension. Il faudrait donner le même développement aux placements familiaux. Tels l'Œuvre Grancher, le Placement familial des Tout-petits, le centre de placement d'Orthez de l'Assistance Publique de Paris).

Un texte devrait assimiler les frais de séjour dans ces placements à ceux des préventoriums au point de vue du remboursement par les Assurances sociales.

Enfin les écoles de plein air, les colonies de vacances, les « Auberges de la Jeunesse » sont autant d'institutions indispensables pour créer l'atmosphère dans laquelle l'enfant échappera à la contamination, pourra se développer normalement.

d) Toujours dans le même ordre d'idées, nous arrivons au problème des taudis (20). Quoique non exclusivement responsables de la tuberculose, il est admis néanmoins à l'heure actuelle que les agglomérations riches en taudis accusent un pourcentage de tuberculose plus élevé que les autres.

Un texte de loi devrait interdire l'habitation

de tels taudis. Ceux-ci seront désignés tels par une liste dressée par le Comité supérieur d'Hygiène publique. L'état ou les collectivités devraient se charger de loger les habitants de ces taudis. Ils prendraient en outre à leur charge le supplément que comporte le nouveau loyer.

e) Un tuberculeux devrait arrêter immédiatement son travail, et une loi doit assurer non seulement son traitement, mais aussi la subsistance de sa famille. Ainsi aucun malade ne pourra refuser de se laisser traiter, aucun ne pourra continuer à travailler malgré sa maladie. Il est inconcevable qu'aucune loi n'oblige, à l'heure actuelle, le fonctionnaire tuberculeux par exemple à cesser son travail. Dailleurs une telle mesure ne sera possible que si les fonctionnaires sont soumis à un examen, à un contrôle systématique à intervalles déterminés. On s'effraye à la pensée que ni fonctionnaire des P. T. T., ni instituteur, en contact avec des enfants, ne cessent leur travail, dès qu'ils sont capables de devenir des facteurs de contamination.

f) Une loi devrait libérer temporairement le tuberculeux de ses charges publiques, dettes, termes de loyer.

g) A son retour des établissements hospitaliers, le tuberculeux devrait retrouver son foyer, son logis. Une loi devrait assurer sa convalescence, et lorsqu'il devient apte au travail et qu'il ne trouve pas d'embauche, son allocation de chômage devra être supérieure au chiffre habituel, car la misère physique

et morale est le facteur essentiel de nouvelles poussées, de nouveaux foyers.

h) Enfin une œuvre devrait se charger de trouver une occupation peu fatigante mais normalement rémunérée, aux tuberculeux convalescents et guéris.



CONCLUSIONS

1° *L'armement antituberculeux* s'est considérablement amélioré au cours des dernières années. Il comporte :

a) les moyens de diagnostic : la clinique, les examens radiologiques, les épreuves biologiques.

b) les moyens thérapeutiques : médications symptomatiques, chimio et biothérapie, climatothérapie, collapsothérapie surtout qui, avec la cure hygiéno-diététique, reste le traitement essentiel de la tuberculose pulmonaire.

c) des établissements qui isolent les enfants ayant été en contact ou suspects (placement familial, préventoriums), des établissements qui ont pour but de dépister, de diagnostiquer, de traiter la tuberculose pulmonaire (dispensaires, sanatoriums, hôpitaux).

d) la législation qui organise ces différents établissements et qui favorise les malades tuberculeux selon leur catégorie sociale.

e) les organismes qui aident la lutte : Comité national, organisations départementales.

f) l'enseignement qui comporte : les cours de perfectionnement, les chaires de tuberculose, les écoles d'infirmières visiteuses.

2° *Les problèmes que pose la tuberculose pulmonaire au médecin praticien sont :*

a) d'ordre diagnostique : les difficultés surgissent

de l'insuffisance de ses connaissances sur la tuberculose, du manque des moyens de diagnostic dont la valeur ne peut plus être contestée : l'examen radiologique, les épreuves biologiques, de la grande distance qui peut le séparer du dispensaire, seul endroit où il puisse envoyer ses malades pour complément d'information.

b) d'ordre thérapeutique : les armes qu'il possède sont les médications symptomatiques, chimique, biologique, de valeur contestée. La cure hygiéno-diététique est habituellement mal connue. La collapsothérapie, ne relève pas du praticien : ce qui fait que le médecin soigne mal et insuffisamment les tuberculeux.

c) d'ordre social : les difficultés que crée le traitement des tuberculeux, les îlots insalubres, la misère physique et morale, l'insuffisance des lois sociales.

d) d'ordre professionnel : les pertes matérielles et même souvent les pertes morales que comporte pour le médecin le fait que les soins à ses clients tuberculeux sont donnés non par lui-même, mais par le dispensaire.

3° *Les suggestions que nous émettons pour le perfectionnement de la lutte antituberculeuse comportent :*

a) au point de vue diagnostique et thérapeutique :

— une meilleure organisation de l'enseignement de la phtisiologie.

— la création de dispensaires ambulants dans les régions où les dispensaires sont clairsemés.

— l'administration des soins aux malades dans les dispensaires sous la surveillance coordonnée du phtisiologue et du praticien.

b) au point de vue social et professionnel :

— une refonte profonde des lois sociales concernant les tuberculeux pulmonaires.

Vu : *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) RIST (Ed.). — *La Tuberculose*. — Paris, A. Colin 1927 ; in-8°, page 184.
- (2) BURNAUD (René). — *Précis d'Auscultation dans le Diagnostic de la tuberculose pleuro-pulmonaire*. — Paris, Masson - 1930, page 91.
- (3) GIRAUD (Albert). — *Précis de phthisiologie*. — Paris, Doin-1933, in-8° I, page 107.
- (4) GUINARD (Urbain). — *Avenir éloigné de la Tuberculose pulmonaire chez 831 hommes cracheurs de bacilles, suivis au sanatorium de Bligny*. — Paris, V. Maloine. — 1925 et Paris, Th. Mad. 1925, n° 405.
- (5) BESREDKA (A.), voir MOREAU (Ed.). — *Techniques de laboratoire pour le Diagnostic de la Tuberculose*, page 93.
- (6) VERNES (Arthur). — *Chimie, laboratoire et prophylaxie (Tréponémie, Tuberculose et Cancer)* Conférence. — Paris, Impr. Davy - 1936, page 5.
- (7) RIST (Ed.). — *Dans Thérapeutique des Maladies respiratoires*, page 253.
- (8) « Europe Médicale ». — Mars 1937. — *La Tuberculinothérapie* et BOQUET et NÈGRE. — *Le traitement de la Tuberculose par l'antigène méthylique*.
- (9) GIRAUD (Albert). — Cf. ci-dessus, page 253.
- (10) NAVEAU (Pierre). — *Les résultats statistiques du Pneumothorax thérapeuthique* (Travail du Service du Dr Rist). — Paris - 1924, Th. Méd.
- (11) RONZONI (Giuseppe). — *Studi Clinici e sociali di Ftisiologia*, in collaborazione con A. BARREGGI, L. BONACORGI. — Milano, « Istituto editoriale Scientifico » - 1927, page 311.

- (12) F. DUMAREST, P. LEFÈVRE, H. MOLLARD, P. PAVIC, et P. ROUGY. — *La Pratique du pneumothorax thérapeutique*. — Paris, 1936 - Masson et C^{ie}.
 - (13) Küss (G.). — *Le rôle des médecins praticiens dans la prophylaxie de la Tuberculose humaine*. — IV^e Congrès des Médecins praticiens français. — Paris, 1914.
 - (14) FOURNIER (J.). — *L'assistance aux anciens militaires tuberculeux. — Ce qu'elle est, ce qu'elle devra être*. — Th. Méd., Paris, 1917-1918.
 - (15) « Comité National de Défense contre la Tuberculose », 66, boulevard St-Michel, Paris (6^e). — *Publications périodiques*.
 - (16) BERNARD (Léon). — *L'organisation de la lutte antituberculeuse en France*. — Paris, 1931 - Impr. Lefébvre, page 8.
 - (17) CALMETTE (A.). — *La vaccination préventive contre la Tuberculose*.
 - (18) Küss (G.). — *Manuel des Infirmières visiteuses des tuberculeux*. — Paris, N. Maloine - 1932.
 - (19) VÉRAN (Paul). — *La cessation du pneumothorax artificiel*. — Préface d'E. RIST. — Page 101.
 - (20) LETULLE (Prof. Maurice). — *Le rôle de la cohabitation dans la transmission de la Tuberculose humaine d'après les expériences de M. Chaussé* « Revue d'Hygiène et de police sanitaire », 20 août 1914).
-

